Nr. 12 GRUDZIEŃ 1935 R. ROK 2

W SŁUŻBIE ZDROWIA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY: SZERZENIU KULTU ZDROWIA, ZAPOBIEGANIU I WALCE Z CHOROBAMI SPOŁECZNEMI, HIGJENIE ŻYCIA CODZIENNEGO, PRACY I WYCHOWANIA FIZYCZNEGO, PRZYRODOLECZNICTWU, WALCE Z PARTACTWEM LEKARSKIEM.

CENA 50 GR.

Warszawa — Grudzień 1935 r.

W SŁUŻBIE ZDROWIA

12

Dr. med. B. Ostromęcki (Warszawa).

Kryzys a wydatki na zdrowotność publiczną w Polsce.

Po niebywale ciężkiej wojnie światowej ludzkość dotąd jeszcze nie może wyleczyć zadanych jej ran i dojść do normy. — Kryzys gospodarczy, który od lat kilku ogarnia świat cały, wstrzymał rozpęd życia, skrępował jego rozwój, obniżył jego skalę i miljony ludzi pozbawił podstaw bytu — pracy. Rzecz naturalna, że musiał on bardzo silnie zaciążyć i nad Polską, tem bardziej, że Państwo nasze zostało ogromnie zniszczone przez wojnę i dopiero co zaczęło rozwijać swe życie gospodarcze, nic więc dziwnego, że musieliśmy znowu rozpocząć walkę, — tym razem o gospodarczy byt państwowy, o jego niezależność finansową, — musieliśmy wprowadzić jak najdalej idące oszczędności i ograniczenia. Oszczędności te i ograniczenia nie wszystkie dziedziny życia *jednakowo* dotknęły, to też chciałbym wykazać, jak daleko zostały posunięte oszczędności w wydatkach *na zdrowotność publiczną,* wydatki bowiem są bodaj najlepszą miarą stanu rzeczy.

Ponieważ pierwsze załamanie się życia gospodarczego nastąpiło u nas w ostatnim kwartale 1929 r., rok budżetowy 1928/29 należy uważać za normalny i z nim porównywać wydatki następnych lat, już kryzysowych.

Jak wiadomo, na zdrowotność publiczną w Polsce łoży przedewszystkiem rząd, samorząd i ubezpieczenia społeczne, a następnie instytucje i organizacje społeczne, jak fundacje, kongregacje, Polski Czerwony Krzyż i t. p. Ustalenie wydatków tych organizacyj jest nader trudne i uciążliwe, zresztą w porównaniu z wydatkami rządu, samorządu i ubezpieczeń społecznych są one nieduże, nie mogą znacznie zaważyć na globalnej sumie i dlatego można je pominąć.

Chcąc nieco dokładniej zanalizować wydatki na zdrowotność publiczną, należy je porównać liczbowo i procentowo z wydatkami ogólnemi, wszystkiemi, rządowemi, samorządowemi i ubezpieczeń społecznych, w każdem z lat 1928/29 — 1934/35 i ostatecznie ustalić, *o jaki procent wydatki w roku budżetowym 1934/35 są mniejsze od wydatków w roku normalnym 1928/29.*

Cyfry wydatków, czerpane wyłącznie ze źródeł urzędowych, wykazują, że wydatki *ogólne Rządu,* t. j. 6-ciu ministerstw, które w swoich resortach mają zdrowotność publiczną, oraz Polskich Kolei Państw., Banku Polskiego i Pocztowej Kasy Oszczędności, które mają swoje sanitarjaty, a dalej *samorządu i ubezpieczeń społecznych,* spadły z 5-ciu mniejwięcej miljardów w roku

budżetowym 1928/29 do 3-ch miljardów w roku 1934/35, czyli zmniejszyły się o 2 prawie miljardy, ściśle o 38%.

Co zaś dotyczy wydatków Rządu, samorządu i ubezpieczeń społecznych na *zdrowotność publiczną*, to spadły one w tym samym czasie z przeszło 400 miljonów prawie na 200 miljonów, czyli zmniejszyły się o przeszło 200 miljonów, ściśle o 56%.

Z zestawienia powyższego wynika, że wydatki na zdrowotność publiczną w czasie kryzysu zmniejszyły się znacznie *więcej*, niż wydatki ogólne, a mianowicie prawie o *18% więcej*.

Kolejność co do zmniejszenia wydatków na zdrowie publiczne jest następująca:

a) samorząd najwięcej zmniejszył swoje wydatki na zdrowie publiczne, a mianowicie o 65% przy zmniejszeniu ogólnych swoich wydatków o przeszło 45%,

b) ubezpieczenia społeczne przeszło — o 58% przy zmniejszeniu ogólnych o 57%,

c) najmniej na zdrowiu zmniejszył rząd — tylko o 10,5% przy zmniejszeniu ogólnych przeszło o 34%.

Z tego widać, że jedynie rząd więcej zmniejszył swe ogólne wydatki, niż wydatki *na zdrowie publiczne*, natomiast samorządy i ubezpieczenia społeczne *bardziej* zmniejszyły wydatki *na zdrowie, niż ogólne.*

W roku budż. *1928/29* wypadało wydatków *na zdrowotność publiczną na 1 mieszkańca rocznie 13 zł. 34 gr.*, a w roku budżetowym *1934/35 tylko 5 zł. 68 gr., czyli o 57,5% mniej.*

W wyniku przytoczonych danych rodzi się pytanie, na czem została zaoszczędzona tak olbrzymia suma przeszło 200 miljonów zł. przy stosunkowo skromnym, jak na nasze potrzeby, budżecie na zdrowie publiczne.

Jakkolwiek w dobie kryzysu siła nabywcza pieniądza zwiększyła się, a więc i wydatki na zdrowotność publiczną mogły ulec zmniejszeniu, to jednak fakt pozostaje faktem, że *zmniejszenie wydatków na zdrowie publiczne jest prawie o 18% większe, niż wydatków w innych dziedzinach życia państwowego*, nie mówiąc już o tem, że w okresie kryzysu wydatki na zdrowie publiczne powinny być zwiększone.

Oszczędności te zostały uzyskane kosztem całego szeregu ograniczeń w różnych dziedzinach zdrowia publicznego, a mianowicie:

1) zmniejszono ad maximum uposażenie personelu;

2) ograniczono *liczbę* personelu w poszczególnych samorządach i instytucjach, naprz. lekarzy rejonowych, lekarzy ubezpieczeń społecznych, lekarzy szkolnych, farmaceutów, kontrolerów sanitarnych i żywnościowych, położnych gminnych i skomasowano ich funkcje, funkcje 2 — 3 osób pełni jedna;

3) zaniechano większych inwestycyj, czasem nawet remontów;

4) zlikwidowano *niektóre małe drewniane* szpitale samorządowe i ubezpieczeń społecznych, co, pomimo jednoczesnego zwiększenia ogólnej liczby łóżek szpitalnych, utrudnia ludności korzystanie z pomocy szpitalnej;

5) wprowadzono oszczędności w szpitalach na personelu, zaopatrzeniu, nawet czasem na żywieniu chorych i opale;

6) skomasowano instytucje zapobiegawczo-lecznicze, np. jednakowe poradnie, utrzymywane przez różne instytucje, połączono;

7) skasowano lub ograniczono niektóre rodzaje pomocy lekarskiej, np. dentystykę;

8) ograniczono bezpłatne wydawanie leków w poradniach i mleka w stacjach opieki nad matką i dzieckiem, mleka — w r. 1934 o 20%;

9) ograniczono zasiłki chorobowe;

10) zmniejszono wydatki na sprawy sanitarno-porządkowe;

11) ograniczono regulowanie zobowiązań płatniczych, np. nie uiszcza się opłat szpitalnych i innych.

Rzecz naturalna, że tak głęboko sięgające oszczędności nie mogły nie wywrzeć ujemnego wpływu na zdrowie publiczne, ponieważ 1) zmniejszono i pogorszono udzielanie pomocy lekarskiej, — zostało znacznie ograniczone przez ubezpieczalnie i samorządy skierowywanie chorych do szpitali i sanatorjów, jak zarówno i czas ich tam pobytu, ograniczono leczenie specjalistyczne, skasowano ubezpieczenia chorobowe pracowników rolnych w Poznańskiem i na Pomorzu, 2) pogorszył się stan sanitarno-porządkowy miast i wsi, pomimo wprowadzenia w niektórych osiedlach urządzeń wodociągowo - kanalizacyjnych ze środków funduszu pracy, 3) ograniczenie uposażenia personelu lekarskiego, np. lekarz powiatowy w IX gr. upos. otrzymuje 210 zł., lekarz miejski — 100 zł., lekarz okręgowy — 80 — 120 zł. miesięcznie, zmusza go dla utrzymania się na powierzchni życia do szukania dodatkowych zajęć, co ujemnie wpływa na pełnienie bezpośrednich funkcyj.

Jeżeli do tego dodać ogólny wpływ kryzysu na zdrowotność, jak znaczne pogorszenie odżywiania ludności i warunków mieszkaniowych, co powoduje już teraz dające się zauważyć wśród młodzieży szkolnej pogorszenie ogólnego stanu fizycznego, pogorszenie się stanu higjeny osobistej, to jasnem się stanie, *jaką krzywdą dla zdrowia publicznego jest tak ogromna oszczędność w dobie kryzysu,* — dla zdrowia publicznego, które przecież jest podstawowem zagadnieniem rozwoju, a nawet bytu Państwa.

Chociaż pod względem przyrostu naturalnego ludności, pomimo jego spadku, dotąd jeszcze zajmujemy jedno z pierwszych miejsc w Europie zachodniej, a i przeciętna długość życia poprawiła się nieco u nas, to to nie znaczy abyśmy mieli się tem zasugestjonować albo, co gorsza, te pomyślne objawy zmarnować.

To też w imię dobra Państwa powinno się dążyć do zaprzestania robienia oszczędności kosztem zdrowia ludności. Nie podoła temu jednak tylko rząd, który, jak już wspomniałem, w zrozumieniu tej sprawy jak najmniej ograniczył w czasie kryzysu wydatki na zdrowie publiczne, a w projekcie preliminarza na rok przyszły 1936/37 nietylko utrzymał wydatki z roku ubiegłego, ale nawet nieco je podwyższył, — tu musi pomóc całe społeczeństwo. A będzie to możliwe tylko wtedy, o ile zrozumienie doniosłości zdrowia publicznego przeniknie ogół, o ile każdy obywatel w organizacji, instytucji lub samorządzie, do których należy, sprzeciwi się robieniu oszczędności głównie, a często jedynie, kosztem zdrowia publicznego, o ile walka z brudem, niechlujstwem oraz brakiem podstawowych zasad higjeny, tą zmorą naszych miast i wsi, nietylko nie będzie napotykała na opór ludności, ale stanie się hasłem równie popularnem, jak walka z kryzysem.

Nie wolno zapominać, że w zdrowem ciele — zdrowy duch, a dusz zdrowych nam jak najwięcej potrzeba.

Dr. med. Leon Wernic (Warszawa).
Prezes Polskiego T-wa Eugenicznego.

O poradnictwie przedślubnem.

W roku 1910 Związek Monistów z Ernestem Haecklem na czele, wydał w Dreźnie następującą odezwę: „Zdrowie, potęga i zdolności narodu zależą przedewszystkiem od zdrowia, siły i wytrzymałości jednostek, stanowiących naród, jakoteż od ich cech dziedzicznych. Obciążenie społeczeństwa wydatkami na utrzymanie jednostek słabych i kalek zwiększa się niepomiernie i przerasta siły pozostałej ludności, pracującej produkcyjnie. Ta ostatnia jest zmuszona do ograniczenia wydatków, niezbędnych na wychowanie zdrowego i pożytecznego dla narodu potomstwa, a nawet wprost do ograniczenia jego przyrostu ze szkodą dla państwa. Należy przy zawieraniu związków małżeńskich budzić u kandydatów poczucie odpowiedzialności!". Słowa te nabrały specjalnego znaczenia po wojnie, kiedy katastrofalnie szybki spadek przyrostu naturalnego we wszystkich krajach kultury europejskiej i amerykańskiej — czyni zastraszające postępy, a w Polsce, owym kraju „króliczego rozrodu", bodajże największe. Przyrost naturalny jest to różnica pomiędzy ilością urodzeń a śmierci, która jeszcze przed pięciu laty wynosiła prawie 17 na 1000 ludności, już w roku 1932 wynosi 13,7%, a dziś nie dochodzi 13%.

Najważniejszą pracą, której mogliby w tej dziedzinie ludnościowej podjąć się lekarze, jest racjonalne postawienie poradnictwa przedślubnego z jednej strony, oraz ustawodawstwa populacyjnego z drugiej.

Hasło eugeniczne „szczepienie poczucia odpowiedzialności wobec przyszłych małżonków, potomków oraz przyszłości narodu" — musi znaleźć wyznawców wśród świata lekarskiego, a miejsce gorącej propagandy w poradniach przedślubnych. Rozwój poradnictwa przedślubnego i małżeńskiego w krajach Zachodu rozpoczął się już w roku 1881-ym w Holandji, następnie jednak na naszym kontygencie ożywił się dopiero po wojnie światowej. Natomiast Stany Zjednoczone Ameryki Północnej już w roku 1895 w stanie Connecticut, a następnie kolejno w innych 30 stanach z Kalifornią na czele zaczęły żywo interesować się zagadnieniem zdrowia wstępujących w związki małżeńskie. Powstają przepisy prawne o rozmaitem brzmieniu i charakterze. Wprowadzane zostają zakazy wstępowania w związki osób, obarczonych pewnemi chorobami (psychozy, choroby weneryczne, zboczenia płciowe, ciężki alkoholizm). Ustanawia się przysięgi co do stanu zdrowia, składane przez kandydatów i kandydatki wobec władz stanowych, wreszcie ustala się obowiązek poddawania badaniu lekarskiemu i przedstawienia odpowiedniego świadectwa.

W Azji, w Persji kościół ormiański już od roku 1913 wprowadził przymus świadectw zdrowia dla wstępujących w związki małżeńskie. W roku 1915 pierwsza z państw Europy — Szwecja wprowadza zakaz udzielania małżeństw obłąkańcom, chorym płciowo i chorym na padaczkę. Norwegja dąży temi samemi śladami już w trzy lata potem, Danja wprowadza piśmienne oświadczenia obu narzeczonych, co do ich stanu zdrowia na dwa tygodnie przed ślubem. W Niemczech istniały początkowo poradnie przedślubne, utrzymywane przez Związek opieki nad matką w miastach: Dreźnie, Hamburgu, Frank-

furcie nad Menem, Monachjum i innych. Dopiero jednak w roku 1926 zostało wydane odpowiednie Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej; wraz z tem ożywił się znacznie ruch zakładania poradni. Od 1 stycznia 1934 roku obowiązuje prawo o ochronie rasy (dopuszczające wyjałowienie płciowe), które z Niemiec przedostało się do Gdańska. Liczba radzących się w poradniach początkowo nikła, wzrasta wielokrotnie. Zgórą 200 poradni bezpłatnych obsługuje mieszkańców 3-ej Rzeszy, udzielając zarówno porad przedślubnych, jak dotyczących życia małżeńskiego i zagadnień seksualnych. Jedno tylko wyraźnie zakazuje prawodawstwo niemieckie t. j. masowego propagowania antykoncepcji, przeciwstawiając jej wyjałowienie typów zwyrodniałych, na zasadzie badań lekarskich.

Pomimo obojętności i przeszkód natury materjalnej i moralnej cierpliwością i pracą, krok za krokiem i u nas zdobywa się teren i zaufanie społeczeństwa dla poradni przedślubnych.

Aczkolwiek liczba godzin, przeznaczonych na porady przedślubne jest nieznaczna np. w Ubezpieczalni Społecznej m. st. Warszawy (w dwu ambulatorjach po 3 godziny tygodniowo), a tylko jeden Ośrodek Zdrowia (ul. Puławska) poświęca poradni 2 godziny tygodniowo, zarówno poradnia Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, jak i bezpłatne poradnie wykazują stały przyrost zgłaszających się osób. W chwili obecnej mamy przy 16 Oddziałach Towarzystwa Eugenicznego 30 poradni w całem państwie. Wielokrotne wykłady dla lekarzy przyjezdnych w Towarzystwie Eugenicznem, kursy dla instruktorek i instruktorów, a obok tego propagandowe tygodnie eugeniczne na prowincji (w Lublinie, Nowym Dworze, Legjonowie i Falenicy) z wystawami i odczytami oraz filmami treści odpowiedniej, przezwyciężają bierność społeczeństwa i budzą zainteresowanie wśród obojętnych, a nawet dotąd uprzedzonych warstw społeczeństwa.

Organizacja poradni przedślubnych wymaga kierownictwa lekarza, obznajmionego z eugeniką, nauką o dziedziczności oraz z chorobami, oddziaływującemi ujemnie na zalążek płodu od pierwszej chwili, bądź też uniemożliwiającemi zapłodnienie (narkomanja, alkoholizm, choroby weneryczne i zboczenia płciowe). Do pomocy lekarza staje w ośrodkach większych instruktor lub instruktorka eugeniczna, którzy ułatwiają wywiad w zakresie ogólnym. Zazwyczaj 3 wizyty wystarczają dla konsultacji. Pierwsza jest poświęcona wywiadowi i ogólnemu badaniu lekarskiemu, druga przesłaniu zebranych wydzielin (moczu, plwociny i krwi do zbadania) do analizy jako też skierowaniu do specjalistów, trzecia orzeczeniu ostatecznemu ustnemu. Piśmienne zaświadczenia mogą być wydawane bez podania rozpoznania choroby w sposób następujący: („Pan(i) może wstąpić w związki małżeńskie, może po leczeniu wstąpić, nie może wstąpić"). Niewątpliwie przedewszystkiem poradnie stykać się będą z chorobami seksualnemi (wenerycznemi i zboczeniami płciowemi). Drugą kategorję będą stanowili skłonni do obarczeń psychicznych. Wreszcie trzecią — będą stanowiły porady z zakresu higjeny życia małżeńskiego. Obok tych trzech kategoryj porad należy wymienić wizyty, których celem jest uwolnienie się od grożącego związku małżeńskiego i ukrycie istniejącego już bliższego kontaktu między narzeczonemi (wspólne zarażenie i t. d.). Wiadomo, że nawet syfilis bywa uleczalny, szczególniej jeśli wcześnie,

zanim wystąpią zmiany we krwi, będzie energicznie i starannie leczony. Należy uprzednio chorego zbadać zarówno co do systemu krążenia, serca, nerek, płuc, wątroby jak i wrażliwości skóry na lekarstwa i stanu nerwowego. Jesteśmy zwolennikami dawkowania umiarkowanego leków i nie wyrzekamy się z dziś używanych ani arszeniku, ani bizmutu, ani rtęci oraz innych, z proteinoterapją i malarją włącznie. Należy pamiętać wszakże, że się leczy chorego i do jego stanu się przystosować. Prawie połowa mężczyzn i czwarta część kobiet choruje na rzeżączkę przynajmniej raz jeden w życiu. Rzeżączka ma skłonność do powtórnego zarażenia, lub też powraca, skutkiem niedostatecznego leczenia. Na 100 kobiet — 80 nie wie o własnej rzeżączce, której są roznosicielkami, a 50 na 100 nie wie o syfilisie, którym się zaraziły. Na 10 kobiet chorych na syfilis tylko jedna przychodzi do leczenia w pierwszym okresie choroby, a przecież ilość ich jest duża, bo stanowi do 75% liczby chorych mężczyzn. W sferach inteligencji kobiety chore na syfilis stanowią 25% ogólnej liczby chorych syfilityków. Mężczyźni szybciej orjentują się niż kobiety co do grożącej im zarazy, lecz zaledwie co 3 mężczyzna zarażony przymiotem leczy się w pierwszym okresie choroby. Wyniki leczenia są coraz lepsze, lecz zależą od szybkości rozpoczęcia i staranności. Nie są one bynajmniej zawsze doskonałe. Skutkiem zaniedbania własnego 10% chorych umiera na kiłę systemu nerwowego, a 20% na anewryzm. Lekceważenie zakazów lekarskich, używanie alkoholu, przerwy w leczeniu, wreszcie spóźnione leczenie są największymi wrogami chorego. Matka, zarażona syfilisem, ciężarna powinna w czasie ciąży przeprowadzić staranną kurację 2 razy, a nawet trzy dla uratowania siebie i dziecka. To ostatnie po przyjściu na świat powinno być leczone w ciągu trzech lat. W ten sposób może być całkowicie wyleczone. Leczenie spóźnione dzieci z syfilisem wrodzonym utrudnia ich rozwój fizyczny i psychiczny. Rzeżączka jest najczęstszą przyczyną bezpłodności, nie można jej lekceważyć, choć dzięki nowym metodom da się łatwiej wyleczyć. Pamiętajmy, że w przypadkach wyjątkowych u młodych mężatek lub wątłych mężczyzn, zarażonych poraz pierwszy, może stać się źródłem ogólnego zakażenia i śmierci. Naogół jednak przebieg rzeżączki jest dość łagodny i może ona być całkowicie wyleczona.

Prof. Grotjahn, autor „Zarysu praktycznej eugeniki", tłomaczonego na polski, omawiając obciążenia dziedziczne, dzieli je na jawne — wyraźne i ukryte, oraz ważne i nieistotne.

Do obciążeń wyraźnych, nie odgrywających wielkiej roli zalicza zgórą 50. Do obciążeń, odgrywających rolę wybitną i utrudniających małżeństwo zalicza 40, z których wymienimy: zanik gałki ocznej, idjotyzm wraz ze ślepotą, krwawiączkę, jaskrę, pląsawicę Huntingtona, obojnactwo, głuchoniemotę dziedziczną, zwyrodnienie barwikowe skóry i wiele innych. Cierpienia powyższe są poważną przeszkodą do małżeństwa. Do obciążeń ukrytych należy zaliczyć skłonność do napadów pijackich, morfinomanję i narkomanję, dwupłciowość i homoseksualizm, konstytucję epileptyczną, schizotymiczną i cyklotymiczną, wreszcie upośledzenia umysłowe (niedołężność umysłowa, głupkowatość i idjotyzm). Tej kategorji kandydatów należy odradzać małżeństwo.

Jak widzimy różnorodny obraz przedstawiają porady przedślubne i małżeńskie, udzielane zgłaszającym się po nie osobom. Mamy więc zgłaszających

się o radę: czy mogą się żenić, a obok nich małżeństwa, pragnące mieć dzieci; zjawiają się osoby, nieświadome choroby wenerycznej, której udzielił jej drugi małżonek. Są ludzie lękliwi, którym się zdaje, że byli zarażeni wenerycznie, lecz badanie nie potwierdziło ich obaw; a obok nich niewierzący we własne siły do zawarcia małżeństwa. Zgłaszają się jednostki chore, które chciałyby się żenić, a nie mieć dzieci, zamiast zadowolnić się stanem kawalerskim. Są ciężcy alkoholicy i psychopaci, szukający w małżeństwie lekarstwa, zapominając, że onoby im nic nie pomogło, a mogłoby się stać przekleństwem dla zrodzonego potomstwa. Są wreszcie tacy, dla których pożycie małżeńskie jest połączone z dolegliwościami, które czasem udaje się usunąć (stulejka, hymen imperforatus), kiedyindziej wymagającemi dłuższego leczenia (przewlekłe zapalenie przydatków u kobiet). Zgłaszają się też rodzice, zaskoczeni okresem pokwitania u dzieci, zmazami chłopców i pierwszemi objawami regularności u dziewcząt. Wreszcie mogą zgłaszać się jednostki, pożądające piśmiennego zakazu małżeństwa, aby mieć pretekst zerwania z kobietą, będącą przez nich w ciąży, a nawet czasem przez nich zarażoną. Oto różnorodny kalejdoskop bólów i cierpień ludzkich, którym rozumna i umiejętna poradnia nietylko zapobiec musi, lecz ukoić przez pouczanie i oświecenie. Odczyty, wyświetlanie odpowiednich filmów, wystawy, rozdawanie ulotek i broszur powinny być uzupełnieniem akcji poradni.

Dr. A. Rząśnicki (Warszawa).

Nawykowe zaparcie stolca.

Skłonność do zaparcia stolca stanowi częsty objaw w przebiegu wielu chorób, zarówno ostrych, jak i przewlekłych. Osłabienie organizmu, niedokrwistości, niektóre choroby żołądka i jelit, wątroby, a nawet płuc i serca oraz układu nerwowego powodują występowanie tego objawu. To też przyczyny powstawania jego, w zależności od zasadniczego cierpienia, mogą być różne. Czasem osłabiona perystaltyka, czyli ruch robaczkowy jelit, zwłaszcza jelita grubego, zależy od ogólnego osłabienia organizmu. Czasem leniwe ruchy jelit są w związku z niedostateczną ilością substancyj drażniących w spożywanych pokarmach, albo ze spokojnym, siedzącym trybem życia, który upośledza mechanizm trawienia. W niektórych przypadkach zaparcie powodowane jest zmianami chorobowemi w jelitach, do których zaliczamy nieżyt śluzówki, wadliwe ukrwienie, zanik mięśni w ściankach jelita, zwężenie patologiczne, powodujące częściową niedrożność i t. p. Stosunkowo najrzadziej zaparcie stolca powodowane jest chorbą mózgu i rdzenia.

W wypadkach, któreśmy wyliczyli, zaparcie stolca występuje objawowo w przebiegu rozmaitych chorób. Obok takiego, objawowo występującego zaparcia, istnieje tak zwane nawykowe zaparcie stolca, które stanowi osobną jednostkę chorobową i z reguły nie wiąże się z żadnem określonem cierpieniem, aczkolwiek może czasem występować równocześnie.

Powody omawianego cierpienia nie zawsze są takie same. Nawykowe zaparcie może zależeć od wrodzonej słabości muskulatury jelit, która trwale upośledza ich czynność. W tych wypadkach zaparcie datuje się od wczesnego dzieciństwa. Nieregularny tryb życia może również powodować nawykowe zaparcie. Brak ruchu, a przedewszystkiem nieregularne i nieodpowiednie jedzenie przyczynić się może do zaburzeń w prawidłowem funkcjonowaniu przewodu pokarmowego. Niektóre czynniki zewnętrzne, np. ucisk brzucha powodowany zbyt ciasnym paskiem, gorsetem lub stanikiem u kobiet, prowadzić może do opadnięcia trzew, a w następstwie do osłabienia trzew, a dalej jeszcze do osłabienia perystaltyki, zwłaszcza w zakresie jelita grubego. Zwiotczenie powłok brzusznych u kobiet, które często rodziły, bywa czasem powodem nawykowego zaparcia.

Jednakże jednym z najczęstszych powodów bywa neurastenja. Neurastenja i nawykowe zaparcie stolca bardzo często idą w parze. Niekiedy zaparcie bywa powodem skarg neurastenika, ponieważ wpływa ujemnie na samopoczucie chorego i zwiększa jego nerwowość. Wytwarza się wówczas prawdziwy *circulus vitiosus:* ponieważ istnieje zaparcie powstaje neurastenja, ta zaś upośledza ruchy jelit i zwiększa zaparcie. Na tem tle rozwija się hypochondrja, która w dużym stopniu pogarsza stan chorego. Hypochondrycy zbytnio interesują się swoim stolcem, są zaniepokojeni i czują się nieszczęśliwymi, jeśli tylko wypróżnienie nie było zadawalniające. Nadmierna samoobserwacja, zbytnia troskliwość o stolec odbija się ujemnie na psychice hypochondryka i wywołuje depresję duchową. Lęk przed zaparciem bywa często przesadny. Chory zaczyna wystrzegać się najrozmaitszych pokarmów, które, jak sądzi, są dla jego żołądka i kiszek za ciężkie, przechodzi na kleiki i kaszkę. Rzecz jasna, przy takiem postępowaniu rezultat całkowicie zawodzi. Jelita, pozbawione balastu, zaczynają funkcjonować coraz gorzej, ruchy robaczkowe jelit, naskutek braku mechanicznego podrażnienia, stają się jeszcze bardziej leniwe, stolce są skąpe i zbitej konsystencji. Nadużywanie środków czyszczących przez hypohondryków sprawy zazwyczaj nie polepsza, przeciwnie — z reguły pogarsza.

Przy istnieniu zaparcia objawowego leczyć należy chorobę, której jednym z symptomów jest ono. Przy nawykowem zaparciu najważniejszą rzeczą jest uregulowanie i odpowiednie zastosowanie diety. Jeśli niema przeciwwskazań, należy zastosować pożywienie obfite i „proste“, to znaczy niezbyt „delikatne“, do którego osobnik nerwowy zazwyczaj zdążył już swój przewód pokarmowy przyzwyczaić. Pożywienie powinno się składać z produktów, dających po strawieniu dużo odpadków, balastu, który jelito grube musi wydalić. Do szeregu takich produktów należą: chleb, kasza, jarzyny (kartofle!). Zalecić możemy chleb Grahama, gruboziarnisty i zawierający otręby. Obfite podawanie tłuszczu, w postaci masła, oraz owoców daje również pożądane wyniki. Z pośród owoców zaleca się winogrona, jabłka, śliwki, daktyle i figi, surowe lub gotowane. Miód z masłem na chlebie razowym również jest dobry. Naczczo dobrze jest pić szklankę zimnej, nieprzegotowanej wody.

Środki przeczyszczające stosować należy bardzo oględnie, dlatego chociażby, że, w miarę przyzwyczajenia się, dawka działająca musiałaby się stale zwiększać. Czasem jednakże można zastosować środek przeczyszczający. Najlepiej pić ziółka (z gór Harcu, francuskie i t. p.), albo wodę mineralną (Mor-

szyn lub Karlsbad), lub też olej waselinowy (nujol, enterol) po łyżce rano i na noc, względnie zażyć na noc 1—2 pastylki cascarae sagradae. W wypadkach uporczywego zaparcia, kiedy nietylko dieta i ruch, ale i środki przeczyszczające zawodzą, nie pozostaje nic innego, jak stosowanie lawatyw z czystej, zimnej wody, albo z dodatkiem łyżeczki naskrobanego mydła na 1 litr wody. Wprowadzenie do odbytnicy 5 — 10 g gliceryny, albo zastosowanie czopka glicerynowego również bywa w takich razach skuteczne.

Przy nawykowem zaparciu stolca stosuje się również zabiegi przyrodolecznicze — masaż brzucha, elektryzację (faradyzację powłok brzusznych lub galwanizację jelit) i hydropatję. Dobre wyniki daje również gimnastyka, zastępująca ruch na otwartem powietrzu. Przy tem uwzględniać należy głównie mięśnie brzucha.

Osoby nerwowe powinny być leczone przez neurologa. Przestrojenie psychiczne, jeśli chodzi o wadliwe funkcjonowanie jelit, może dać dobre wyniki.

W końcu wspomnieć warto o prostej metodzie, o metodzie, że tak się wyrazimy, pedagogicznej. Wychodząc z założenia, że dla zdrowia konieczne jest regularne opróżnianie jelita grubego, należy codziennie o tej samej godzinie, najlepiej rano zaraz po wstaniu, lub przed udaniem się na spoczynek, spróbować oddać stolec. Nie trzeba się zrażać niepowodzeniem. Raz odniesione zwycięstwo nad leniwemi kiszkami — ułatwia następne. Po pewnym czasie jelita uczą się pracować „podług zegarka". Nie należy tylko potem nigdy przetrzymywać stolca, gdyż może to spowodować ponowne zaparcie.

Ktoś może spytać, dlaczego należy zwalczać nawykowe zaparcie? Przecież tak mało jest osób, które poszczycić się mogą codziennem wypróżnieniem. Odpowiedź jest łatwa. Nawykowe zaparcie stolca jest szkodliwe dla zdrowia. Powoduje samozatrucie organizmu, wywołując zastój krwi żylnej w jamie brzusznej, zwłaszcza w obrębie miednicy, prowadzi do hemoroidów, bywa powodem uporczywych bólów głowy. Samopoczucie osób cierpiących na zaparcie jest złe. Osoby te charakteryzuje depresja psychiczna ze skłonnością do hypochondrji. Troska o regularne wypróżnienie odbiera im radość życia. Dręczy je niedoścignione, jakby się im zdawało, marzenie... o dobrym stolcu. Tymczasem, jak widzimy, marzenie to nie jest marzeniem „ściętej głowy". Stosując się do wskazówek powyżej skreślonych, nawykowe zaparcie stolca można dość łatwo zwyciężyć.

Dr. med. Mieczysław Frejman (Warszawa).

Hemoroidy (guzy krwawnicze).

Tak, jak żylaki kończyn dolnych są rozszerzonemi chorobowo żyłami nóg, tak hemoroidy (guzy krwawnicze) są rozszerzonemi chorobowo żyłami splotów żylnych odbytnicy (kiszki stolcowej) i odbytu (otworu stolcowego).

Błędne jest mniemanie powszechne, że cierpienie to jest przykrym przywilejem wieku średniego; w rzeczy samej dotknięci niem bywają i starcy

i młodzieńcy, choć najczęściej spotykamy je u ludzi po czterdziestce. Istotnie, na rozszerzenie żył wpływa cały szereg przyczyn, wywołujących zastój krwi w żyłach miednicy. Dzięki szczególnym warunkom krążenia żylnego, polegających na połączeniach z krążeniem jelitowo-wątrobowem, zaburzenia w odpływie krwi z wątroby utrudniają odpływ krwi z dolnego odcinka jelita.

Chorzy na guzy krwawnicze uskarżają się głównie na uczucie obcego ciała w kiszce stolcowej, co wywołuje częste parcia na stolec. Próżne wysiłki oddania stolca powiększają znów ciśnienie krwi w żyłach odbytu, a przez skurcz mięśni utrudniają jej odpływ — w ten sposób zostaje zamknięte jedno z „błędnych kół", tak częstych w chronicznych cierpieniach, szczególnie częstych w hemoroidach. Dodać należy, że częste próby oddawania stolca usposabiają do przepuklin.

Oprócz uczucia obcego ciała guzy krwawnicze dają znać o sobie bólem podczas oddawania stolca; cierpiący stara się możliwie rzadko na ten ból narażać, ucisk mas kałowych utrudnia jeszcze bardziej i tak utrudniony odpływ krwi — jeszcze jedno błędne koło.

Poza tem guzy krwawnicze wywołują uporczywe swędzenie otworu stolcowego, co nieraz, przy drapaniu ustawicznem i niedostatecznej czystości, prowadzi do zapaleń skóry i powstawania w niej rozpadlin; rozpadliny powodują ze swojej strony znów swędzenie, niesłychanie silne bóle przy oddawaniu stolca i znów tworzą „błędne koło" cierpień.

Guzy krwawnicze ulegają dla różnych przyczyn t. zw. kryzom (przełomom) hemoroidalnym. Tym przełomom towarzyszy bardzo często prawdziwy stan zapalny guzka, istotne zapalenie żył. W formie lekkiej sprawa ogranicza się do nabrzmienia guzka, a chory uczuwa tylko pewien ucisk raczej niż ból przy staniu i chodzeniu. W formie cięższej guz krwawniczy dochodzi czasem do wielkości śliwki, jest bardzo bolesny, oddanie stolca prawie niemożliwe. Czasem dochodzi do odruchowego zatrzymania moczu. Po 3 — 4 dniach zwykle ta „fluksja", jak ją zwali starzy lekarze, przechodzi i wszystko wraca do stanu z przed przełomu, z tem, że ścianki żylaka po przejściu stanu zapalnego stają się mniej elastyczne i cieńsze — co ma znaczenie ze względu na następujące po sobie kryzy. Niekiedy ścianki żylaka nie wytrzymują ciśnienia, pękają i powodują niewielki krwotok. Krwotok ten przynosi choremu natychmiastową ulgę, gdyż nietylko opróżnia nabrzmiały guz, ale i odbarcza przekrwione narządy małej miednicy. Starożytni lekarze niechętnie tamowali krwotoki hemoroidalne, widząc w nich proces samowyleczenia guzka i obronę organizmu stosującego zbawienny krwioupust. Powtarzające się krwotoki hemoroidalne, choć nieznaczne, mogą jednak stać się przyczyną znacznego osłabienia i wycieńczenia organizmu, zwłaszcza u osób starszych („anemja hemoroidalna").

Guzek, opróżniony krwotokiem, nierzadko ulega zakażeniu, co prowadzi do wytworzenia się mniejszych lub większych ropni okołoodbytniczych. Ropnie te w rozwoju swoim często dają przetoki (wąskie kanaliki wśród miękkich tkanek), jednem ujściem sięgające odbytnicy, drugiem otwierające się kilka centymetrów powyżej otworu stolcowego. Przez takie przetoki miesiącami kał, śluz, ropa, gazy wydzielają się niezależnie od aktu defekacji. Łatwo wyobrazić sobie, jak przykra jest taka dolegliwość.

Guzy krwawnicze mogą za siedzibę obrać i tę część odbytnicy, która znajduje się ponad okrężnie przebiegającym mięśniem, zwieraczem odbytu. W tym wypadku mamy do czynienia z hemoroidami wewnętrznemi, w przeciwstawieniu do zewnętrznych, umieszczonych przed zwieraczem.

Wewnętrzne hemoroidy, poza okresami kryz, naogół przechodzą niepostrzeżenie. Niekiedy zaś, w pewnym okresie swego rozwoju, popychane stale wysiłkiem defekacji, wobec postępującego rozluźnienia śluzówki ukazują się w otworze stolcowym i tu dają znać o sobie bólem, utrudnieniem w oddawaniu kału, odruchowym bolesnym skurczem zwieracza odbytu — i znów tworzą błędne koło: skurcz zwieracza jeszcze bardziej utrudnia odpływ krwi z guzka, który powiększa się, i tylko z wielkim trudem, ostrożnie, może być odprowadzony na swoje miejsce. Czasem zaś odprowadzenie nie udaje się i uwięźnięty guzek — ulega zgorzeli, jeśli uprzednio nie opróżni się samoistnym krwotokiem.

Guzom krwawniczym wewnętrznym często towarzyszy zapalenie śluzówki odbytnicy, prowadzące do powstawania polipów.

Bezpośrednią przyczyną tworzenia się guzów krwawniczych jest przekrwienie żylne i utrudnienie odpływu krwi z żył odbytnicy. (Pewną rolę grają również stany zapalne żył, powodujące scieńczenie ścianek i utratę ich elastyczności). Przyczyn, wywołujących zastój żylny, jest bardzo wiele. A więc przedewszystkiem tryb życia siedzący usposabia do hemoroidów. Szewcy, krawcy, zegarmistrze, biuraliści, dają duży procent dotkniętych hemoroidami, zwłaszcza, jeśli do trybu życia dołączy się odżywianie obfite w mięso i zakrapiane alkoholem. Ten rodzaj odżywiania obarcza bardzo wątrobę i przez jej przekrwienie powoduje wtórne przekrwienie żył odbytnicy. Zaparcie stolca, pierwotne lub wtórne (również często wynikające z siedzącego trybu życia i nieodpowiedniego odżywiania się) wpływa także na utrudnienie odpływu krwi z żył odbytnicy. (Wyżej już podkreśliłem, że hemoroidy i ich powikłania wtórne mogą wywołać zaparcie stolca). Wszelkie guzy jamy brzusznej, utrudniające krążenie krwi, wywołują często guzy krwawnicze, będące nieraz objawem skrytego cierpienia. Nieraz macica powiększona w ciąży wywołuje powstawanie guzów krwawniczych, znikających naogół po porodzie. Zresztą w okresach menstruacyjnych zwykle guzy krwawnicze dają znać o sobie. Wreszcie pamiętać należy, że hemoroidy mogą być oznaką raka odbytnicy.

Każdy lekarz, któremu pacjent skarży się na dolegliwości hemoroidalne, wobec powyższego, dokładnie rozważa, z jakich przyczyn hemoroidy powstały. Czasem wystarczy leczenie dietetyczne, zmiana trybu życia dla usunięcia przyczyny wywołującej powstawanie guzów krwawniczych lub conajmniej dla zahamowania kryz hemoroidalnych. Nieraz rozpoznanie hemoroidów pozwala na wykrycie guza wewnątrzbrzusznego, schorzenia wątroby, lub raka odbytnicy. W takim wypadku pozostawiamy leczenie hemoroidów na drugim planie, starając się przedewszystkiem możliwie jak najradykalniej usunąć przyczynę pierwotną. Niekiedy zaś dolegliwości ze strony hemoroidów są tak znaczne, że należy usunąć je drogą operacyjną, lub przez stosowanie odpowiednich zastrzyków do ich wnętrza, co powoduje ich obumarcie. Operować należy również hemoroidy silnie krwawiące i powikłania guzów, jak przetoki, rozpadliny. Zabieg wycięcia guzów krwawniczych, lub usunięcia

rozpadliny przeprowadza się w znieczuleniu miejscowem. Trwa krótko i, jeśli warunki mieszkaniowe pacjenta na to pozwalają, może być nawet wykonany u niego w domu. Operacja przetoki wymaga uśpienia (znieczulenia ogólnego) i wykonana może być tylko w lecznicy, lub szpitalu. Zabiegi te, umiejętnie przeprowadzone, przy należytych wskazaniach do operacji są radykalnem usunięciem choroby, podczas gdy różne zachwalane maście i czopki przynoszą tylko chwilową ulgę, nie usuwając samej choroby.

Zapobieganie guzom krwawniczym jest jasne dla każdego, kto zna przyczynę ich powstawania: higjeniczny tryb życia, umiarkowany ruch, zdrowe jadło, nienadużywanie alkoholu, dbanie o codzienne wypróżnienie — potrafią ustrzec niejednego przed powstaniem hemoroidów. W razie ich zjawienia się, tem większa troska o regularne wypróżnienie, zakaz alkoholu, pożywienie przeważająco jarskie; wielka dbałość o czystość otworu stolcowego, codzienne nasiadówki, (które doskonale można brać w zwykłej misce postawionej na podłodze), lub chociażby obmywanie odbytu watą czy ligniną umoczoną w ciepłej wodzie.

W razie kryzy hemoroidalnej dużą ulgę sprawia kawałek lodu wprowadzony do otworu stolcowego, zimna lewatywka robiona cienką rurką — innym ciepła nasiadówka, lub wreszcie jedna z reklamowanych maści lub czopek.

Instytut Chirurgji Urazowej.

W grudniu 1935 r. rozpoczął swe czynności Instytut Chirurgji Urazowej w Warszawie. Nowa placówka jest pierwszą tego rodzaju w Polsce: jest to szpital chirurgiczny, poświęcony wyłącznie leczeniu ran, złamań i urazów. Szpital jest czynny bez przerwy w dzień i w nocy dla przypadków nagłych.

Dotychczas w razie nagłego wypadku nprz. katastrofy ulicznej, jak przejechanie przez samochód i t. p. Pogotowie Ratunkowe odwoziło chorego do jednego ze szpitali. Zdarzało się nieraz, że oddział chirurgiczny danego szpitala był zapełniony, chory wędrował dalej. A jeżeli nawet znalazło się miejsce w szpitalu, chory wymagający nagłej pomocy nie zawsze mógł dostać się, szczególnie w porze nocnej odrazu do rąk starszego chirurga, nie można przecież wymagać 24 godzinnej pracy od kierownika oddziału chirurgicznego.

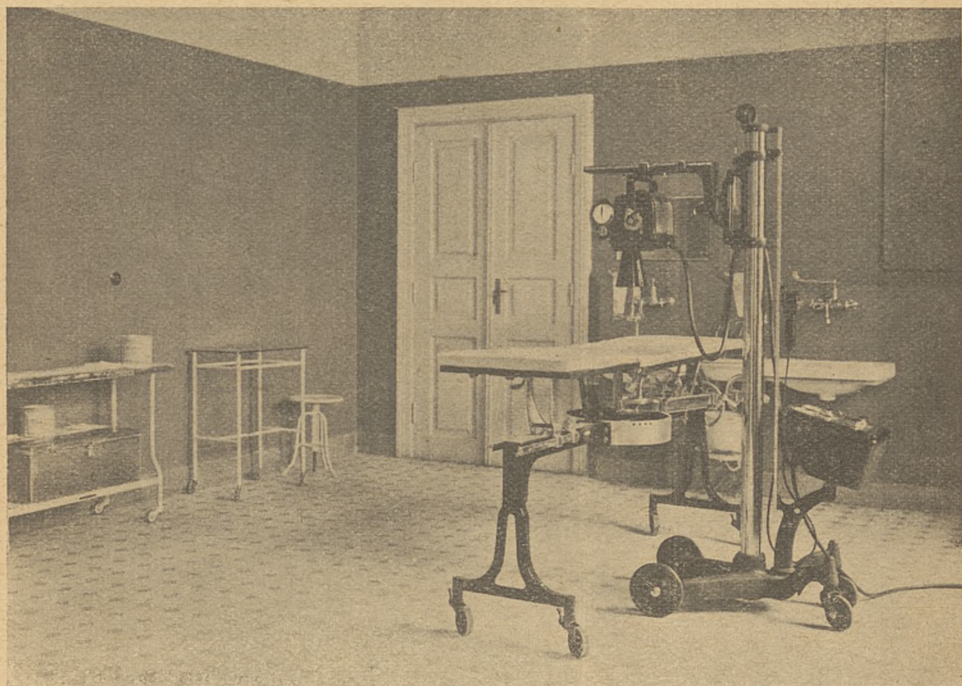
Tymczasem zjawisko nadmiernej ilości wypadków stało się codziennym objawem dzisiejszego życia: przyczyn stałego wzrostu złamań i wypadków należy szukać z jednej strony w rozwoju i przeroście sportu, a w większej jeszcze mierze w urbanizacji obecnego życia zbiorowego, oraz motoryzacji warsztatów pracy i środków komunikacji.

Zjawisko to obserwujemy obecnie na całym świecie, szczególnie w niektórych miastach Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie liczba samych przejechań przez samochody wynosi po kilka dziesiątków tysięcy rocznie.

Statystyki amerykańskie podają naprzykład, że w St. Zjednoczonych ulega w ciągu roku zranieniom wskutek wypadków samochodowych więcej ludzi, niż wyniosła liczba złamań wojennych armji amerykańskiej w czasie wojny światowej.

Nie jesteśmy społeczeństwem tak zmotoryzowanem, jak społeczeństwo Ameryki Północnej, jeżeli natomiast chodzi o warunki pracy i warunki ruchu ulicznego, mamy w Warszawie stosunki podobne do amerykańskich.

Według V rocznika Ubezpieczeń Społecznych w Polsce wypadkom uległo w województwie warszawskiem w ciągu jednego roku 1931 68.739 osób. Oczywiście lwia część tej liczby przypada na Warszawę. A przecież są to cyfry, które dotyczą wyłącznie ubezpieczonych!



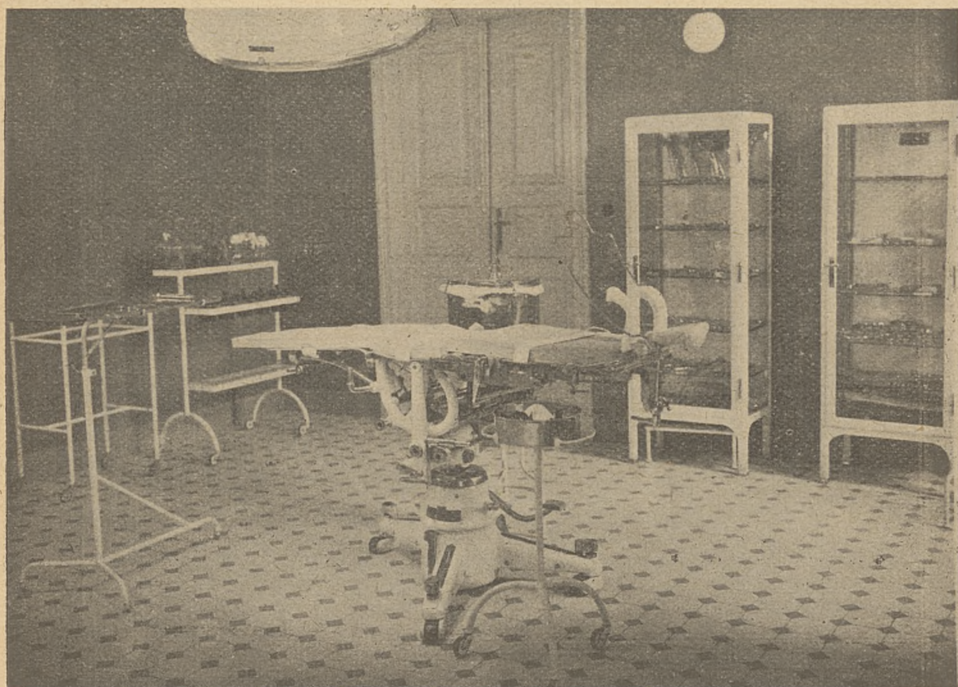
Z Instytutu Chirurgji Urazowej: Sala operacyjna.

Jeżeli przyjąć, że z pośród tych wypadków zaledwie 15% stanowią ciężkie wypadki, które mogą pozostawić kalectwo — otrzymamy około 10,000 ciężkich wypadków w samej Warszawie w ciągu roku kalendarzowego.

Rzecz prosta, że zjawisko takie należy uznać za klęskę społeczną i przeciwdziałać temu w odpowiedni sposób.

Wojna posunęła naprzód zagadnienie organizacji lecznictwa przy masowym napływie chorych i rannych. Przekonano się po wojnie, że i w pokojowem życiu należy przeciwstawić epidemji wypadków organizację lecznictwa. Nic więc dziwnego, że właśnie po wojnie w Europie i Ameryce powstał szereg specjalnych ośrodków szpitalnych, przystosowanych wyłącznie do leczenia wypadków i złamań. Ośrodki takie stały się dobrodziejstwem dla chorych. Wypadek uliczny, lub wypadek w warsztacie pracy: Pogotowie przewozi cho-

rego odrazu do specjalnie urządzonego szpitala i oddaje go o każdej porze dnia i nocy do rąk wykwalifikowanego zespołu chirurgów — dyżurny rentgenolog sporządza rentgenogramy, rozpoznanie zostaje ustalone natychmiast, zależnie od wskazań chory zostaje przeniesiony do sali opatrunków gipsowych, jeżeli potrzeba natychmiast nastawić złamanie, lub nałożyć opatrunek ustalający. Nie brak odpowiednich urządzeń, szyn i narzędzi. Jeżeli przypadek wymaga natychmiastowego zabiegu operacyjnego, chory zostaje przeniesiony natychmiast do sali operacyjnej.



Z Instytutu Chirurgji Urazowej: Sala opatrunkowa.

Te trzy sale, wyposażone we wszelkie urządzenia niezbędne do leczenia i rozpoznawania złamań, powinny znajdować się w amfiladzie lub najbliższem sąsiedztwie na pierwszej kondygnacji każdego szpitala wypadkowego.

Chory, który doznał złamania, lub ranny z wypadku powinien otrzymać natychmiast pierwszą pomoc w opisanych warunkach, ponieważ w tych razach, podobnie jak na wojnie, pierwsza pomoc decyduje często o dalszych wynikach leczenia.

Do powstania ośrodków, poświęconych leczeniu nagłych wypadków urazowych, przyczyniły się na całym świecie Ubezpieczalnie Społeczne, ponieważ przekonały się one, że lepiej zapobiec odrazu przez stosowne leczenie następstwom wypadków, niż wydawać wielkie sumy na wątpliwe w skutkach lecze-

nie późnych następstw wypadków oraz wypłacać wysokie renty i odszkodowania. Lepiej wszak użyć zaoszczędzonych sum na inwestycje i cele społeczne, niż wypłacać renty kalekom, niezadowolonym z życia.

I jeszcze jedno: jeżeli dla chorych umysłowo, dla gruźlików i nieuleczalnie chorych buduje się specjalne, niekiedy wspaniałe ośrodki, czyż nie należy stworzyć takich samych ośrodków dla ludzi ulegających wypadkom? A przecież wypadkom ulegają najczęściej ludzie młodzi, w sile wieku, a w takich razach odpowiednie leczenie decyduje o tem, czy przywróci się społeczeństwu



Z Instytutu Chirurgji Urazowej: Sala chorych.

człowieka w pełni sił, czy wyrzuci się na bruk kalekę, utrzymującego się ze świadczeń społecznych.

Leczenie urazów jest właśnie tą efektowną dziedziną chirurgji, gdzie odpowiednie leczenie, które skolei można uzyskać tylko przy odpowiedniej organizacji lecznictwa, decyduje o wyniku.

Chodzi więc o to, aby te następstwa, które pozostaną po wypadku były nieusuwalnem następstwem urazu, a nigdy niedostatecznego leczenia. To też odpowiednia organizacja tego działu lecznictwa jest postulatem obecnego zbiorowego życia ludzkości.

Niemniej ważne znaczenie posiada utworzenie takich ośrodków dla lekarzy. Jeżeli materjał złamań wielkiego miasta ulega rozproszeniu pomiędzy

poszczególne szpitale, wówczas lekarz musi czekać nieraz miesiącami, żeby zobaczyć jak się leczy złamanie kości udowej, lub ramiennej. Jeżeli w dodatku poszczególne szpitale mają mały materjał złamań, niema wówczas odpowiedniego wyposażenia w aparaturę, potrzebną do leczenia wszelkich typów złamań. W ten sposób zbyt mały materjał złamań utrudnia w znacznym stopniu lekarzom zapoznanie się z tą ważną dziedziną lecznictwa. Natomiast szpitale specjalne, gromadzące znaczną liczbę złamań, ran i urazów koncentrują zainteresowanie nietylko lekarzy ordynujących, lecz również hospitantów i w ten sposób przyczyniają się do podniesienia ogólnego poziomu lecznictwa złamań, a tem samem do zmniejszenia liczby kalectw i świadczeń ubezpieczeniowych. Znaczenie społeczne takich ośrodków wykazał dobitnie na przykładzie szpitala wypadkowego w Wiedniu dr. Böhler.

Instytut Chirurgji Urazowej jest pierwszą placówką tego rodzaju na naszym gruncie. Przedstawia się on nazewnątrz dla oka skromnie; wewnątrz niema luksusu, jest natomiast wszystko, co jest niezbędne do leczenia chorych urazowych, w szczególności chorych ze złamaniami. Prócz osobnego ambulatorjum, znajdujemy na parterze salę rentgena wraz z ciemnią, salę opatrunków gipsowych i salę operacyjną, to wszystko dla nagłych wypadków; — pierwsze piętro zajmują sale chorych, na drugiem mamy salę operacyjną, opatrunkową, wielką salę chorych dla złamań trzonów kości długich i specjalny oddział neurochirurgji, przeznaczony do leczenia urazów i schorzeń czaszkowo-mózgowych.

Sprzęt szpitala jest przystosowany całkowicie do zadań specjalnych. Ruchome urządzenia rentgenowskie pozwalają na dokonywanie zdjęć na salach opatrunkowych i operacyjnych, lub nawet przy łóżku chorego. W ten sposób można kontrolować ustawienie odłamków podczas działania wyciągu, nie ruszając chorego z łóżka.

Wszystkie łóżka stanowią nowy typ łóżka urazowego, niezbędnego do leczenia wszelkich typów złamań. Aparatura, stosowana w leczeniu złamań, została wyprodukowana w kraju, a dalszy jej wyrób może się odbywać seryjnie, ma to duże znaczenie dla zorganizowania dalszych ośrodków w kraju. Na parterze mieści się bibljoteka lekarska im. ppłk. Latkowskiego oraz sala konferencyjna.

Dr. med. M. Skokowska - Rudolfowa (Warszawa).
Radca Min. Opieki Społecznej.

Instytucje pomocnicze w walce z gruźlicą.

Do instytucyj pomocniczych w walce z gruźlicą zaliczamy t. zw. półsanatorja, albo sanatorja dzienne (nocne). Takie zakłady rozwinęły się licznie w Niemczech, gdzie noszą różne nazwy — stacyj leśnych, stacyj wypoczynkowych i t. p. Położone są one zwykle w okolicach wielkich miast, gminy miejskie ułatwiają pacjentom tych „stacyj" dojazd. Cieszą się te zakłady znacznem powodzeniem.

W ostatnich czasach Z. S. S. R. zorganizował również pewną liczbę sanatorjów dziennych. Głównie w okolicy Moskwy. Dlaczego nazwaliśmy te

instytucje półsanatorjami? Dlatego, że korzystają z nich ludzie, nadający się w większości do sanatorjów; porządek i opieka jest zorganizowana jak w sanatorjach, ale pacjenci korzystają z nich tylko przez część doby. Kto może korzystać z półsanatorjum, zilustrują najlepiej dwa nast. przykłady: 1) liczna rodzina zamieszkuje ciasny lokal, w domu są sami dorośli, pracują poza domem, jeden z członków tej rodziny jest chory na gruźlicę, ale chodzi i może pracować, choroba jest „nieczynna“, pobyt w szpitalu czy sanatorjum nie jest już potrzebny. Chory w ciągu dnia przebywa w domu, pilnuje mieszkania, wykonywa łatwiejsze roboty gospodarskie, a na noc przenosi się do półsanatorjum, gdzie ma dobre warunki zdrowotne, jest to pożyteczne dla niego i dla domowników. Przykład drugi: mieszkanie ciasne, w dzień w niem jest czynny warsztat, chory na gruźlicę prątkującą nie może być z jakichkolwiek względów umieszczony w sanatorjum, spędza więc cały dzień w półsanatorjum. Oczywiście, że w tym przypadku w domu są sami dorośli, bo przebywanie chorego na gruźlicę prątkującą w ciasnem mieszkaniu z dziećmi jest b. niebezpieczne. Na noc chory wraca do domu, gdzie ma swój kącik.

Możnaby przytoczyć jeszcze mnóstwo przykładów, kiedy możność korzystania z półsanatorjum byłaby prawdziwem dobrodziejstwem, a więc: chory został zakwalifikowany przez ubezpieczalnię, lub opiekę społeczną gminy do sanatorjum, ale narazie niema miejsca, korzysta więc z półsanatorjum i zdrowie jego nie pogarsza się, jak to się czasem dzieje, kiedy chory, czekając na miejsce, dochodzi do stanu nierokującego już poprawy przy leczeniu sanatoryjnem, naskutek fatalnych warunków otoczenia i t. p.; chory po wyczerpaniu czasu leczenia w sanatorjum powraca do domu, jest konieczne dalsze podtrzymywanie jego sił i ciągłej opieki lekarskiej, w tym przypadku półsanatorjum będzie stanowiło przejście pomiędzy leczeniem sanatoryjnem, a zwykłemi warunkami domowemi.

Ale największe usługi oddaje półsanatorjum w walce z gruźlicą wśród dzieci. Przytem półsanatorjum jest tanie — składa się ono z budynku gospodarczego i leżalni dla pacjentów, wymaga niezbyt licznego personelu i b. skromnych urządzeń.

W Polsce istnieją 2 sanatorja dzienne dla dzieci — w Warszawie i w Wilnie. Czem jest i jak pracuje sanatorjum dzienne, pozwoli nam zrozumieć szczegółowy opis tej instytucji w ciekawej pracy dr. Stanisława Stypułkowskiego — „Organizacja i administracja wielkomiejskiego ośrodka zdrowia“, opartej na własnem doświadczeniu autora, jako kierownika I Miejskiego ośrodka zdrowia w Warszawie. Sanatorjum to istnieje przy I Ośrodku zdrowia od szeregu lat i zdało już egzamin z użyteczności. „Placówka ta, pisze dr. St., przy pomocy wszystkich pielęgniarek O. Z. dociera do najbiedniejszych warstw ludności dzielnicy i doprowadza do poradni i sanatorjum dzieci rodzin gruźliczych, zwłaszcza z ciemnych i wilgotnych mieszkań - suteren, przeludnionych i zimnych baraków i t. p.“. Dzieci, wyszukane przez przychodnię przeciwgruźliczą, korzystają z sanatorjum dziennego, odwrotnie — dzieci z sanatorjum korzystają ze wszystkich urządzeń przychodni — lampy kwarcowej, rentgena, kąpieliska, pomocy dentystycznej, badań laryngologicznych (gardła) i t. p.

Sanatorjum dzienne „na Anielinie" składa się z jadalni, pokoju dziennego pobytu, ma szatnię, umywalkę, ustępy, urządzenia gospodarcze dla pielęgniarek, posiłków i leżalnię otwartą, zabezpieczoną od deszczu i wiatru; dookoła jest znaczna przestrzeń do zabaw. Dziecko przebywa w sanatorjum przeciętnie 6 tygodni; przyjmowane są dzieci zagrożone gruźlicą, po przebytych chorobach, usposabiających do gruźlicy i t. p., nie są przyjmowane dzieci ze schorzeniami, udzielającemi się. Dziecko przed przyjęciem do sanatorjum jest szczegółowo badane przez lekarza, po przyjęciu jest również badane co tydzień, ma opiekę pielęgniarską, jest doprowadzane do czystości, ważone, mierzone, codziennie jest mierzona ciepłota.

Porządek dzienny jest następujący: dzieci przychodzą po śniadaniu w domu o godz. 8.30, potem jest przegląd czystości, mycie rąk, mierzenie ciepłoty i zabawa na świeżem powietrzu do godz. 10-ej, o 10-ej drugie śniadanie, do 11.30 leżakowanie i naświetlanie lampą kwarcową (jeśli potrzeba), o godz. 12 obiad, do 3.30 małe dzieci leżakują, starsze mają lekcje, o 3.30 mierzenie ciepłoty i podwieczorek, do 4.30, — zabawa, mycie rąk, kolacja, o 5-ej idą do domu. Na śniadanie dzieci dostają mleko i bułki z masłem, na obiad — zupę, mięso, jarzyny, leguminę; na podwieczorek — chleb z masłem, lub powidłami (latem owoce), na kolację — kaszę, lub kluseczki na mleku, herbatę, kawę zbożową, lub kakao z ciastem.

Nic dziwnego, że w tych warunkach dzieci się poprawiają i nabierają sił do walki z zakażeniem gruźliczem. Wynika stąd, że sanatorja dzienne (nocne) mają w zasadzie 2 zadania do spełnienia: dostarczenia, jak najlepszych warunków swoim pacjentom dla zapogiegania rozwojowi gruźlicy i usuwanie zdrowego z zakażonego środowiska, lub chorego ze środowiska zdrowego dla usunięcia sposobności do zakażenia.

Półsanatorja (sanatorja dzienne — nocne) zasługują na jak najszersze rozpowszechnienie ze względu na pożytek i na taniość. Byłoby pożądane, aby każde duże miasto, a nawet miasto mniejsze, ale źle zabudowane i przeludnione, miało swoje półsanatorjum przeznaczone przedewszystkiem dla dzieci.

Dr. med. Zygmunt Rozen (Warszawa).

Działalność profilaktyczna Ubezpieczalni Społecznych w 1934 r.

Dostępny już materjał statystyczny pozwala stwierdzić, iż mimo istniejącego od lat kilku kryzysu gospodarczego, i bardzo ciężkiej sytuacji finansowej ubezpieczenia chorobowego, działalność Ubezpieczalni Społecznych w dziedzinie profilaktyki była w roku 1934 naogół wydatna. Na cele profilaktyczne wydano 1.914.996 zł. (na jednego ubezpieczonego przypada przeciętnie 1 zł. 16 gr. rocznie).

I. Przychodnie dla niemowląt, matek i przeciwgruźlicze.

Przychodni dla niemowląt było 101 (w tej liczbie własnych 29, wspólnych z innemi instytucjami samorządowemi lub społecznemi 31, subwencjonowanych 41). Ogółem zbadano we wszystkich tych przychodniach 23.660 niemowląt, udzielono porad 91.592, przeprowadzono wywiadów domowych 63.398.

Przychodni dla ciężarnych było 46 (w tem własnych 18, wspólnych 14, subwencjonowanych 14). We wszystkich przychodniach zbadano 5.335 ciężarnych, udzielono porad 10.825, dokonano wywiadów 3.084.

W walce z gruźlicą doniosłą rolę odegrały liczne, rozmieszczone na terenie całego Państwa przychodnie przeciwgruźlicze. Przychodnie te, wyposażone w dostateczny sprzęt (aparaty Rentgena, pracownie analityczne, przyrządy do zakładania odmy), prowadzone były przez lekarzy ftyzjologów. Przychodnie, które nie posiadały własnych aparatów Rentgena, korzystały z aparatów Ubezpieczalni Społecznych, lub znajdujących się w szpitalach (np. w Gnieźnie) i w prywatnych zakładach rentgenologicznych (w Kielcach i Brześciu n/B.). Specjalnie wykwalifikowane higjenistki, pracujące w 44 przychodniach, przeprowadziły 38.205 wywiadów, kierując jednocześnie do przychodni przeciwgruźliczych osoby, mające styczność z prątkującymi chorymi.

Przychodni przeciwgruźliczych było 151 (w tej liczbie własnych 19, wspólnych 50, subwencjonowanych 82). We wszystkich przychodniach leczyło się osób 52.051, udzielono porad 184.258, stosowano odmę u 4.128 osób, liczba założonych odm i dopełnień wynosiła 14.515. Osób prątkujących było 5.481 (10,5% wszystkich chorych w przychodniach przeciwgruźliczych). Chorzy, leczący się w przychodniach przeciwgruźliczych stanowili 1,48% wszystkich ubezpieczonych wraz z uprawnionymi członkami rodzin. Koszty leczenia 1 chorego w przychodniach przeciwgruźliczych wynosiły 1 zł. 70 gr. do 23 złotych rocznie. Jeżeli w niektórych przychodniach koszty leczenia jednego gruźlika w ciągu roku były znaczniejsze (np. w Ostrowie 23 zł., w Wilnie 13 zł., w Pabjanicach 12 zł.), spowodowane to było większą ilością zdjęć rentgenologicznych, stosowaniem odmy i licznych innych zabiegów.

Ogółem więc ze wszystkich przychodni (dla niemowląt, dla matek i przeciwgruźliczych) korzystało 81.046 osób; udzielono porad 286.675, przeprowadzono wywiadów 104.687.

II. Przychodnie przeciwweneryczne i przeciwjaglicze.

Przychodni przeciwwenerycznych było 21 (w tej liczbie własnych 4, wspólnych 5, subwencjonowanych 12). Chorych wenerycznych leczono jednak przeważnie w gabinetach wenerologów. Ogółem leczono 185.322 wenerycznych chorych, w tej liczbie 87186 dotkniętych kiłą. Liczba wenerycznych chorych wynosiła 5% ogólnej liczby ubezpieczonych i członków rodzin. Stosunkowo najwięcej było wenerycznych chorych w Toruniu (9%) i w Bydgoszczy (6%), najmniej w Starogardzie (0,3%).

Bardzo ważną akcję w dziedzinie zwalczania chorób wenerycznych podjęła Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie, organizując przy nocnem pogotowiu pierwszą pomoc profilaktyczną przeciwweneryczną, nie tylko dla ubezpieczonych, lecz dla wszystkich mieszkańców Krakowa. Z pomocy tej w roku 1933 korzystało osób 1759 z wynikiem według wszelkich danych dodatnim, albowiem po skontrolowaniu po upływie pewnego czasu nie stwierdzono w żadnym przypadku choroby wenerycznej. W roku 1934 z powyższej poradni profilaktycznej korzystało osób 1.778.

15 stycznia 1934 r., otwarta została w Sosnowcu przy ośrodku leczniczym „Wawel" zapobiegawcza przychodnia przeciwweneryczna, czynna w porze nocnej. W roku sprawozdawczym Ubezpieczalnia Społeczna w Gdyni uruchomiła stację przeciwweneryczną profilaktyczną w Porcie. Również istnieje jeszcze jedna przychodnia przeciwweneryczna profilaktyczna nocna w Łodzi, prowadzona przez Ubezpieczalnię Społeczną wspólnie z Polskim Czerwonym Krzyżem.

Celem zwalczania kiły Ubezpieczalnia Społeczna w Grudziądzu zarządziła przymusowe leczenie w szpitalu dotkniętych kiłą ubezpieczonych, którzy, mimo zwolnienia ich od pracy, nie zgłaszali się dobrowolnie do dalszego leczenia. Z powyższego wynika, że akcja Ubezpieczalni Społecznych jest poważnym krokiem naprzód w dziedzinie skutecznego zwalczania chorób wenerycznych.

Przychodni przeciwjagliczych było 41 (w tej liczbie własnych 2, wspólnych 4, subwencjonowanych 35). W przychodniach przeciwjagliczych i ambulatorjach Ubezpieczalni Społecznych leczyło się w 1934 roku 13.550 osób, dotkniętych jaglicą, co stanowi 0,3% ogólnej liczby ubezpieczonych i członków rodzin. Stosunkowo najwięcej chorych jagliczych było w Sosnowcu (2,9%).

III. Inne przychodnie i poradnie.

Oprócz wyżej wymienionych przychodni były czynne:

1. 3 przychodnie eugeniczne, z których jedna, subwencjonowana, w Wilnie i dwie własne w Warszawie (Wola i Praga); w 2-ch ostatnich przychodniach w 1934 r. udzielono porad 185 osobom.

2. 1 poradnia dla upośledżonej młodzieży (subwencjonowana) w Chełmie Lubelskim.

3. 2 subwencjonowane poradnie sportowe: 1 w Ostrowie Wlkp. należąca do Powiatowego Komitetu P. W. i W. F., 1 w Nowym Sączu, należąca do Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

4. Jedna specjalna przychodnia chorób zawodowych skóry przy szpitalu Św. Łazarza w Warszawie, subwencjonowana przez Ubezpieczalnię Społeczną.

Zakładów kąpielowych było 55 (44 własnych i 11 miejskich, do których kierowano ubezpieczonych). Z zakładów kąpielowych korzystało 10.511 osób. Liczba kąpieli i natrysków 330.013. Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie posiadała we własnym gmachu na Woli basen, czynny przez $8^1/_2$ miesiąca. Z basenu w r. 1934 korzystało osób 8.400. Liczba zabiegów kąpielowych wynosiła 48.273. Pozatem w ustalonych godzinach korzystały szkoły, stowarzyszenia sportowe i instytucje przysposobienia wojskowego. Prowadzona była również nauka pływania przez stałego instruktora. Przed korzystaniem z basenu wszyscy podlegali przymusowej kąpieli oczyszczającej w kabinach natryskowych.

IV. Ogólne dane dotyczące zakładów profilaktycznych.

Ogółem na terenie wszystkich Ubezpieczalni Społecznych było zakładów profilaktycznych 422 (w tej liczbie własnych 119, wspólnych 104, subwencjonowanych 199).

Ubezpieczalnie Społeczne prowadziły zakłady profilaktyczne wspólnie z władzami państwowemi (2 zakłady), gruźliczemi (17), z Uniwersytetem (1), z P. C. K. (1), z Towarzystwem Higjenicznem (1), z T. O. Z. (3 zakłady) i 4 ze Związkiem Pracy Ob. Kob. Ubezpieczalnie Społeczne subwencjonowały 133 zakłady profilaktyczne, należące do władz samorządowych, 36 do Towarzystw Przeciwgruźliczych, 1 do Pow. Komitetu P. W. i W. F., 1 do Towarzystwa Eugenicznego, 17 do P. C. K., 9 do Z. O. K. i 2 do T. O. Z.

V. Szczepienia ochronne.

Szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym dokonywane na terenie całej Polski przeważnie przez lekarzy powiatowych i miejskich. Tylko w 18 Ubezpieczalniach lekarze dokonywali szczepień ochronnych jedynie wśród ubezpieczonych i członków rodzin. Lekarze ubezpieczalni Społecznych dokonali 8.495 szczepień ochronnych przeciw durowi brzusznemu, 19.010 przeciwbłoniczych, 3.303 przeciwpłoniczych i 11.829 przeciw czerwonce (w Dubnie, Łucku, Lwowie, Czortkowie i Stryju). Szczepienia te dały bardzo dobre wyniki. Naprzykład, gdy w Sosnowcu pajawiło się na kolonji kilka przypadków błonicy, skierowano chore dzieci do szpitala, a następnie wszystkie dzieci poddane zostały szczepieniom ochronnym, dzięki którym uchroniono ogół dzieci od choroby, przybierającej już charakter epidemiczny.

W Ubezpieczalni Społecznej w Gdyni dzięki szczepieniom opanowano początki przedostającej się z terenu Wolnego Miasta Gdańska epidemji błonicy. W obwodzie Gdyńskim i powiecie morskim wśród dzieci szczepionych żadne na błonicę nie zachorowało.

W wielu Ubezpeczalniach przeprowadzona została w szerokim zakresie akcja propagandowa:

1. Przez lekarzy Ubezpieczalni Społecznych wygłoszono 457 odczytów, w tej liczbie 117 z przezroczami. Co się tyczy tematów, wygłoszono 38 odczytów o chorobach zakaźnych, 121 o zwalczaniu gruźlicy, 41 o chorobach wenerycznych, 9 o jaglicy, 97 z dziedziny higjeny, 45 o pielęgnowaniu niemowląt, 12 o alkoholizmie, 12 o wychowaniu fizycznem młodzieży, 16 o poradnictwie przedślubnem i seksualnem, 15 o pomocy w nagłych wypadkach, 23 o pierwszej pomocy przy zatruciu gazami bojowemi, 12 o działalności Polskiego Czerwonego Krzyża i 16 o sprawach, dotyczących Ubezpieczalni Społecznych. Najwięcej odczytów wygłoszono w Warszawie, a mianowicie 162 (frekwencja przeciętna około 200 osób). Większą liczbę odczytów wygłoszono w następujących Ubezpieczalniach: w Stryju — 32, w Ostrowie — 21, w Dubnie — 20, we Włocławku — 16, w Białej — 15, w Kołomyji — 14, w Pabjanicach — 13, w Poznaniu, Gdyni i Krośnie po 12, w Kowlu — 11 i w Grodnie 10, (słuchaczy około 4.000).

W świetlicach przychodni wygłoszono 266 pogadanek (76 przez lekarzy i 190 przez higjenistki) przeważnie na tematy z dziedziny higjeny niemowlęcia, oraz porodu i ciąży.

2. We wszystkich prawie Ubezpieczalniach wydawano bezpłatnie ubezpieczonym „Drogę do zdrowia". Ponadto w roku 1934 rozdano bezpłatnie 31.084 ulotek o gruźlicy, 922 o jaglicy, 22.000 o chorobach wenerycznych, 1.230 o wypadkach przy pracy, 7.000 o obronie

przeciwgazowej i 1.230 z dziedziny higjeny. Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie prenumerowała 200 egzemplarzy miesięcznika „W służbie zdrowia" dla personelu i ubezpieczonych.

3. Bardzo pożyteczne było dla ogółu ubezpieczonych urządzanie wystaw i widowisk kinowych w celach propagandowych. Ubezpieczalnia Społeczna w Żyrardowie urządziła bezpłatną wystawę przeciwgruźliczą w Błoniu i Grodzisku Mazowieckim. Podczas wystawy trwającej 10 dni, lekarze miejscowi udzielali wyjaśnień. Był wyświetlony także film propagandowy. Wystawę zwiedziło 5.868 osób. Również we Włocławku i Zakopanem wyświetlane były filmy przeciwgruźlicze.

Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie urządziła w oknach wystawowych swego gmachu przy ul. Fredry wystawy propagandowe: przeciwalkoholową, przeciwczerwonkową i przeciwgruźliczą. Wystawy te cieszyły się wielką popularnością.

W Stryju dla członków Ubezpieczalni wyświetlany był film przeciwweneryczny. Po wyświetleniu tego filmu zgłosiła się do lekarzy znaczna liczba, dotychczas nieleczących się zupełnie chorych wenerycznych.

VII. Kolonje letnie i badania młodocianych.

Akcja profilaktyczna Ubezpieczalni Społecznych prowadzona była jeszcze w celu kierowania dzieci ubezpieczonych na kolonje letnie. Ogółem w 1934 r., na kolonjach, zorganizowanych przez Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Ubezpieczalnie Społeczne i inne instytucje, subsydjowane przez Ubezpieczalnie, przebywało 6.980 dzieci.

Do bardzo ważnych zadań w dziedzinie profilaktyki należy również badanie lekarskie młodocianych pracowników. Jeżeli zważymy, że organizm młodocianego może często nie być odpowiednio przygotowany do ciężkich warunków w warsztatach pracy, przeważnie niehigjenicznych, że praca młodocianego, słabo rozwiniętego fizycznie lub dotkniętego chorobą (niedokrwistość, zagęszczenie szczytów, obrzmienie gruczołów wnękowych i t. d.), bardzo ujemnie wpływa na jego organizm, staje się zrozumiałem, jak doniosłe znaczenie posiada badanie młodocianych przed przystąpieniem do pracy. Aczkolwiek ustawa w przedmiocie pracy młodocianych i kobiet wydana została w dniu 2 lipca 1924 r., jednakże sprawy, dotyczące lekarskiego badania młodocianych w myśl art. 6 tej ustawy, zostały zrealizowane dopiero po upływie 5-ciu lat, kiedy b. Ogólno Państwowy Związek Kas Chorych okólnikiem z dnia 10 maja 1929 r. zorganizował poraz pierwszy badania młodocianych — początkowo w 13 Kasach Chorych, znajdujących się w największych ośrodkach przemysłowych. Później rozszerzono teren badania na dalsze 10 Kas Chorych. W roku 1934 badania przeprowadzone były już na terenie wszystkich Ubezpieczalni Społecznych, nie tylko w centralach, lecz i w ośrodkach leczniczych.

Ogółem liczba punktów badania młodocianych wzrosła do 481.

Młodociani byli badani przez lekarzy, przeważnie w tym celu przeszkolonych, przyczem w wielu przypadkach dla celów djagnostycznych stosowano prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Rentgena. Korzystono również w razie potrzeby z zakładów psychotechnicznych. Świadectwa, stwierdzające stan zdrowia młdocianego wraz z opinją o zdolności do pracy w obranym zawodzie, przesyłane były przez lekarzy za pośrednictwem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznych od odnośnych inspektoratów pracy, i w taki sposób zapoczątkowana została pomiędzy nimi współpraca. Lekarze również zawiadamiali inspektorów pracy o wypadkach masowej chorobowości w poszczególnych warsztatach pracy, o wypadkach chorób zawodowych, o złych warunkach sanitarnych, oraz o każdem stwierdzonem przyjęciu do pracy, pracowników poniżej lat 15.

W roku sprawozdawczym na terenie wszystkich Ubezpieczalni Społecznych w sposób wyżej opisany przeprowadzono 20.987 badań młodocianych pracowników. Największą liczbę młodocianych zbadano w następujących Ubezpieczalniach: w Warszawie 3.071, w Krakowie 2.547, w Łodzi 2.118, we Lwowie 1.883, w Sosnowcu 1.273, w Białej 1.400, w Częstochowie 996, w Bydgoszczy 749. Uznano za niezdolnych do pracy 298 (1,4%). Najczęściej przyczyną niezdolności do pracy były: wątła budowa ciała, gruźlica, organiczne wady serca.

VIII. Uwagi końcowe.

Jedyną plamą na tle tak celowo i dobrze rozwiniętej akcji profilaktycznej było ciężkie położenie, w jakiem pozostawali ubezpieczeni, dotknięci jaglicą i chorobami wenerycznemi po wyczerpaniu ustawowego okresu świadczeń. Dotyczy to zwłaszcza ubezpieczonych, za-

nieszkałych na terenach 18-tu Ubezpieczalni, gdzie brak całkowicie wszelkich przychodni przeciwwenerycznych i przeciwjagliczych.

Chorzy, po wyczerpaniu ustawowego okresu świadczeń, nie mając możności korzystania z odpowiednich przychodni dla braku ich, przerywali rozpoczęte już leczenie, stając się niebezpiecznymi dla otoczenia.

W kilkunastu Ubezpieczalniach ze względu społeczno-profilaktycznych nie odmawiano tym chorym dalszej specjalistycznej pomocy lekarskiej.

Również w niektórych miejscowościach, chorzy, dotknięci gruźlicą, nie mieli zapewnionej dalszej pomocy lekarskiej. We Włocławku np. Zarząd Miejski nie współdziałał z Ubezpieczalnią w zakresie walki z gruźlicą i nie przyjmował do leczenia chorych gruźliczych, po wyczerpaniu przez nich ustawowego okresu świadczeń.

Należy usilnie dążyć do tego, by na terenie wszystkich Ubezpieczalni Społecznych znajdowały się bezwględnie przychodnie przeciwweneryczne, przeciwjaglicze i przeciwgruźlicze. Wobec znacznych kosztów, związanych z tworzeniem i prowadzeniem nowych zakładów profilaktycznych, niezbędna jest ścisła współpraca wszystkich czynników państwowych, samorządowych i ubezpieczeniowych oraz organizacyj społecznych.

Dr. med. Juljusz Majkowski (Warszawa)

Sporty zimowe.

Zima posiada specjalny urok. Śnieg grubą powłoką kryjąc ziemię, drzewa, krzewy, chaty, zmienia całkowicie ich wygląd. Pospolite chałupy, pokrzywione płoty nabierają swoistego piękna, tworząc wraz z otoczeniem pokrytem śniegiem obrazy godne pędzla najlepszych artystów.

Piękno zimowego krajobrazu najlepiej odczuwa się przez styczność bezpośrednią, a styczność ta, bodaj najważniejsze ma znaczenie dla dziatwy i młodzieży wielkomiejskiej.

W miastach nieraz zimą ulice pokryte błotem, rynsztoki pełne brudnej wody, ociekające odwilżą rynny, a kilka kilometrów od centrum miasta — zima w całej swej krasie. Jeśli zaś na równinach brak śladów śniegu, a częste zmiany temperatury i deszcze spłukały przedwcześnie białą szatę, w górach do maja leżą zaspy śnieżne, topniejąc zwolna w dzień, a marznąc w nocy. Górskie słońce grzeje, opala, a jednak śnieżnej szaty z lasów ani połonin strząsnąć nie może.

Zima, będąc dawniej symbolem snu, spokoju, starości — żyć zaczyna młodem, tętniącem życiem. Sport potrafił wykorzystać zimę do swych szczytnych celów. Łyżwiarstwo, saneczkowanie, narciarstwo, turystyka zimowa — obejmują coraz szersze masy. Zdrowy ruch w niskiej temperaturze, w czystem powietrzu przyciąga młodzież i dorosłych. Sporty zimowe wymagają „dla rozgrzewki" wzmożonego ruchu, a pożywienia obfitszego w kalorje, dają dużą dozę przyjemności i są dostępne dla każdego zdrowego osobnika. To też zimą tereny ślizgawkowe rozbrzmiewają tysiącami młodych, wesołych głosów, rojno i gwarno na podmiejskich wzgórzach, a narciarze i narciarki od najmłodszych, do . . . (sport znakomicie konserwuje) — przemierzają wielkie połacie terenu, wyszukując dogodnych dla swych upodobań okolic i spadków. Ci, którym czas (czas to pieniądz) na to pozwala, wykorzystują tereny podgórskie, względnie górskie zbocza, mknąc z wiatrem w zawody.

Narty, te proste deski, nieco pod stopą i w nosie wygięte, mają dziwną własność, że nie zanurzając się w najgłębszym śniegu, suną po jego powierzchni. Od najdawniejszych czasów ludzkość korzystała z tych własności desek, czyniąc z nich poza saniami, środek lokomocji na śnieżnych przestrzeniach dalekiej północy.

Nas interesuje narta, jako sprzęt sportowy, dający możność zetknięcia się z naturą, z cudnym zimowym krajobrazem, jako sprzęt dający dużo przy-



fot. T. Bukowski (Warszawa). Zaprawa narciarska na kursie w Krynicy.

jemności w pokonywaniu przeszkód i niebezpieczeństw terenowych, w podejściach i zjazdach, w szybkiej decyzji, którą rozwija, w realizacji nerwowej, którą przyspiesza, w inicjatywie, którą wyrabia.

Szczególnie młodzież garnie się do tego sportu, uprawiając już coraz liczniej narciarstwo na sprzęcie własnego wyrobu. Jest to zasługą kursów propagandowych budowy sprzętu sportowego sposobem domowym, organizowanych przez Miejskie i Powiatowe Komitety W. F. i P. W. Wyrób nart nie jest trudny i każdy może sobie je zrobić pod fachowem kierownictwem, a cena takich, własnym przemysłem przygotowanych desek wynosi około 3 zł.

Kogo stać na deski droższe, kupuje sobie narty wysokiego gatunku, których cena dochodzić może do kilkudziesięciu złotych, ale można jak wyżej wspomniano, i na nartach własnej produkcji, za tanie pieniądze turystykę zimową narciarską, w szerokiem tego słowa znaczeniu, uprawiać, nierówności terenu znakomicie pokonywać, i — skrzydła mieć u ramion, narty u nóg posiadając . . . .

Podobnie łyżwiarstwo zdobywa nowych zwolenników. Organizują się kursy dla rodziców, kursy dla przodowników, aby na lodowiska naturalne czy też sztuczne, ściągnąć masy, zachęcić do ruchu, zapoznać z jazdą, z estetyką formy ruchu.

Łyżwiarstwo znane od niepamiętnych czasów jako opanowanie trudności w utrzymywaniu się człowieka na lodzie (człowiek przedhistoryczny posługiwał się łyżwami z kości) nabiera znaczenia komunikacyjnego i przyjemno-



fot. T. Bukowski (Warszawa).

ściowo - sportowego w 16 wieku. W sporcie łyżwiarskim należy odróżnić jazdę szybką i jazdę figurową. O ile pierwszą, uwzględniając opanowanie techniki jazdy na łyżwach, można przyrównać pod względem wykonywanej pracy do biegu lekkoatletycznego, o tyle druga, polegająca na wykonywaniu pewnych figur na lodzie, figur podkreślających piękno sylwetki i estetykę ruchów — wymaga opanowania, cierpliwości i zręczności.

Jazdę zwykłą może uprawiać każdy, komu zdrowie (serce i płuca) na to pozwalają, jazda figurowa natomiast wymaga warunków specjalnych, wrodzonych zdolności, pięknej budowy, zgrabności.

Sport łyżwiarski jest dostępny najszerszym warstwom społeczeństwa a przez to — szybko rozprzestrzenił się i zajął należne sobie stanowisko. Wszyscy, bez różnicy wieku i płci — mogą łyżwiarstwo uprawiać, nawet w małym, przyjemnościowym zakresie. Cena łyżew jest b. rozmaita, tak, jak rozmaite są typy łyżew, w każdym jednak razie, cena łyżew tanich, jest zupełnie dostępna dla szerokiego ogółu.

Kto posiadł doskonale technikę jazdy na łyżwach, dla tego otworem stoi hokej — gra łyżwiarska, podobna w swych zasadach do piłki nożnej, polegająca na zdobywaniu bramki przez przerzucenie krążka gumowego za pomocą kijów, specjalnie zakrzywionych na końcu, przez bramkę przeciwnika. Gra niezmiernie żywa, wymaga dużej wytrwałości i szybkości.

Pozostaje do omówienia saneczkowanie. Sport ten wymaga terenów falistych, podobnie jak narciarstwo. Sprzętem, którym się posługuje są saneczki



fot. T. Bukowski (Warszawa).

różnych typów. Jest to najprostszy sport śniegowy, dający uprawniającemu dużo przyjemności i zadowolenia, posiadający niewątpliwą wartość dla zdrowia. Saneczkowanie obejmuje 2 zasadnicze momenty: zjazd oraz podejście pod górę. Zjazd, niezmiernie przyjemny, wyrabia opanowanie i reakcję nerwową — wymagając minimalnego nakładu siły; podejście natomiast pod górę (z obciążeniem sankami) wymaga dość dużego wysiłku fizycznego. Te dwa momenty stanowią o wartości saneczkowania dla wychowania fizycznego.

Z trzech cytowanych sportów zimowych: narciarstwa, łyżwiarstwa i saneczkowania, największe perspektywy otwiera narciarstwo, które śmiało królem zimowych sportów może być nazwane.

Warszawa posiada kilka terenów narciarskich w najbliższej swej okolicy: w Wierzbnie, Rembertowie, Jabłonnie, Zegrzu, na Bielanach. Z dalszych terenów pięknych swoistem pięknem gór, wymienić należy: okolice Cieszyna, Wisły, Żywca, Zwardonia, Bielska, Rabki, Zakopanego, Nowego Targu, Szcza-

wnicy, Nowego Sącza, Krynicy, Jasła, Chyrowa, Stanisławowa, Worochty i wielu innych miejscowości, rozłożonych wzdłuż południowej granicy Rzeczypospolitej.

Czyste, świeże powietrze, słońce i ruch zrobią swoje, a korzyści, płynące z wykorzystania tych trzech czynników ocenią ci, którzy w nich szukać będą antidotum przeciw zasiedziałemu trybowi życia, przeciw dusznej atmosferze biur i urzędów, przeciw zwyrodnieniu swych nieużywanych mięśni, przeciw wyczerpaniu swego umysłu.

A więc na narty! Na łyżwy! Na sanki!

Nędza mieszkaniowa w liczbach.

Nakładem Instytutu Gospodarstwa Społecznego wyszła książka Antoniego Zdanowskiego p. t. „Warunki mieszkaniowe robotników w okresie kryzysu i bezrobocia".

Książka ta, będąca opracowaniem pisemnej ankiety, dotyczącej warunków mieszkaniowych pracujących i bezrobotnych z 1933 r., rzuca jaskrawe światło na straszliwe stosunki mieszkaniowe wśród robotników i bezrobotnych. Mowa tam jest o najmniejszych — jedno i dwu-izbowych mieszkaniach — a więc o mieszkaniach, które stanowią przytłaczającą większość w osiedlach miejskich.

Z danych spisu 1921 r. wiemy, że mieszkań jedno- i dwuizbowych było ogółem w Warszawie 64,2%, w Łodzi 79,5%, w Zagłębiu Dąbrowskiem 81,5%. Jeśli dodamy, że samych mieszkań jednoizbowych było w Łodzi aż 59,7% — to zrozumiemy, że praca A. Zdanowskiego jest prawdziwym przekrojem stanu dzisiejszych mieszkań t. zw. małych, które w lwiej części są zamieszkane przez robotników.

Trzeba zwrócić uwagę na wyjątkowo szerokie ujęcie omawianego zagadnienia.

Dotychczas mieliśmy we wszystkich dostępnych danych o mieszkaniach robotniczych jedynie 2 czynniki, określające pojęcie mieszkania: 1) ilość izb i 2) zaludnienie na 1 izbę. Ankieta z r. 1933, wprowadzając powierzchnię mieszkań, kubaturę, naświetlenie, zaopatrzenie w urządzenia zdrowotne i t. d. pozwala na wyrobienie prawdziwego sądu o mieszkaniach robotniczych.

Brak miejsca nie pozwala na szersze omówienie tej pracy; przytoczymy zaledwie najbardziej charakterystyczne dane.

Wśród ogółu mieszkań robotniczych, objętych ankietą, było 63,9% mieszkań jednoizbowych (Warszawa—78,4%, Łódź—100%, Lwów—85% i t. d.).

Przeciętna powierzchnia mieszkań, objętych ankietą, stanowi 21,4 m^2 (jednoizbowych —15,5 m^2), a więc o wiele mniejsza, niż przewidują najniższe normy najmniejszego mieszkania (norma T.O.R-u — 30 do 42 m^2). W suterenach i poddaszach było aż 27% wszystkich mieszkań robotniczych.

Ciemnych, niesłonecznych mieszkań — 44%, mieszkań wilgotnych—53%.

Zaopatrzenie mieszkań robotniczych w urządzenia sanitarne przedstawia się nienajlepiej.

Mieszkań bez ustępu w mieszkaniu — 98%, mieszkań bez wodociągu — 86%, mieszkań bez zlewu — 88%, mieszkań bez oświetlenia elektrycznego — 74%.

Przeludnienie mieszkań robotniczych — katastrofalne. Na 1 izbę przypada przeciętnie 3,5 osób (norma — 2 osoby na izbę). Jednoizbowe mieszkania najmniejsze są przeludnione jeszcze bardziej — 4,9 osób na 1 izbę (a w woj. środkowych aż 5,1 osób na 1 izbę). Około 25%, czyli czwarta część mieszkań robotniczych, to mieszkania, w których na 1 izbę przypada więcej, niż 6 osób. Pomimo szczupłości powierzchni mieszkań około 23% mieszkań miało podnajemców; mieszkania mające po dwa i więcej zespołów rodzinnych tworzą w województwach środkowych jeszcze większy odsetek, sięgający 28,1%.

W mieszkaniach robotniczych wypada przeciętnie na jedno łóżko — 2,3 osoby.

Czynsz miesięczny, płacony przez robotników za mieszkanie, waha się w granicach od 9 zł. do 38 zł. (2/3 ogółu lokatorów płaci czynsz miesięczny poniżej 20 zł.).

Powiedzmy, że jest to czynsz niewysoki; możliwości płatnicze robotników w dobie kryzysu nie pozwalają im na opłacanie droższego, a więc lepszego mieszkania. Z drugiej strony trzeba stwierdzić, biorąc pod uwagę jakość mieszkań, że wymienione komorne jest straszliwym haraczem, lichwiarskiem ciągnieniem zysków z klasy najbardziej wyzyskiwanej. Wysokość komornego w mieszkaniach robotniczych to danina na rzecz właściciela nieruchomości, danina nie stojąca w żadnym stosunku ani do kosztów budowy, ani do amortyzacji domu.

Maszyna, której używa fabrykant do celów produkcji, ma swój ściśle określony okres używalności; produkcja na zużytych maszynach daleko nie pójdzie. Inną maszyną jest dom mieszkalny; po okresie rzeczywistej amortyzacji staje się maszyną do napędzania czystego zysku bez pracy i ryzyka do kieszeni właściciela. Zużycie się domu? Aż do katastrofy runięcia domu, łatany, podpierany, kloaka wewnątrz, straszliwa rudera zewnątrz — wciąż przynosi dochód, a im mniejsze zawiera mieszkania, tem bardziej są wyzyskiwani jego lokatorzy.

Charakterystyczne dane znajdujemy w omawianej pracy:

Za 1 m² powierzchni mieszkania 1 izbowego czynsz miesięczny wynosił przeciętnie 0.90 zł., podczas gdy za 1 m² mieszkania dwuizbowego — 0.72 zł. Najwięksi nędzarze bici są podwójnie: mają gorsze mieszkania i muszą za nie drożej płacić. Komorne w mieszkaniach robotniczych, dzięki ustawie o ochronie lokatorów, stanowiło około 4 — 5% budżetu robotniczego do r. 1928. Dziś, w/g obliczeń autora, wynosi udział komornego w budżecie robotniczym około 15 — 18%. Przyczyna zrozumiała: wzrost komornego od r. 1928 do wysokości 100% przedwojennego oraz zmniejszenie zarobków w dobie kryzysu i bezrobocia.

Tak się przedstawia treść cyfrowa omawianej książki; te cyfry nawet bez ilustracji świadczą niezbicie, że warunki mieszkaniowe robotników są już nie złe — są rozpaczliwe. Taki stan mieszkań — to degenaracja najbardziej produkcyjnej warstwy społeczeństwa.

Powinien istnieć nacisk świadomej opinji publicznej, a przedewszystkiem samych robotników w kierunku zwiększenia tanich kredytów państwowych na budowę mieszkań robotniczych.

Kiedy uprzytomniamy sobie obraz straszliwych stosunków mieszkaniowych, analizowanych w książce A. Zdanowskiego, wydaje nam się, że jedyna droga wyjścia — to planowa, publiczna akcja rozwiązania kwestji mieszkaniowej, akcja, którby się stała pośrednio czynnikiem podniesienia stanu zdrowotnego i eugenicznego klasy pracującej.

Przyzwyczailiśmy się słyszeć naokoło narzekanie na biedę, na kryzys. Pośród tych płaczliwych lamentów ludzi śródmieścia człowiek nawet uczciwy, ale nie wychylający nosa poza środowisko dobrze sytuowane, nie zdaje sobie sprawy z ogromu klęski, jaka ogarnia świat pracy — robotników.

Takim — książka A. Zdanowskiego może otworzyć oczy, ukazując obrazy bytowania, w/g słów autora, gorsze od piekła dantejskiego.

Warunki mieszkaniowe — to jedna z ważniejszych podstaw bytowania ludzkiego.

Nie trzeba dowodzić jak ogromny wpływ wywiera mieszkanie na stan zdrowotny lokatorów.

Epidemja, gruźlica, przedwczesna starość i t. p. choroby społeczne nie mogą być zwalczane skutecznie, dopóki będą trwały obecne warunki bytowania i warunki mieszkaniowe klasy robotniczej. W dzisiejszych czasach osiągnięcia medycyny dotyczą tylko klas posiadających; nie łudźmy się, wszelka pomoc lekarska dla robotników — to ironja, dopóki nie usuniemy głównej przyczyny zła.

Rezygnacja z walki byłaby najgorszym oportunizmem.

Za niezbitą oddawna można uznać tezę, że prywatny kapitał sprawy małych mieszkań rozwiązać nie może; zyski, jakie chciałby osiągnąć z takiej akcji, nie dadzą się już wycisnąć z klasy pracującej.

Sprawa mieszkań małych, robotniczych, powinna się stać sprawą publiczną, jak zdrowie, oświata, higjena, obrona kraju.

Ruszyć z martwego punktu sprawę mieszkaniową może tylko Państwo, udzielając kredytów na budowę mieszkań robotniczych.

Al. B.

Redakcja i Administracja: Warszawa, Finlandzka 4, tel. 10-24-64 (godz. 15—17)
Oddział w Łodzi: Księgarnia „Czytaj" ul. Narutowicza 2

Prenumerata: rocznie . . . zł. 5. półrocznie . . zł. 2.50 Konto P. K. O. 29.002.

Redaktor: dr. med. *Juljan Birencwajg.* Wydawca: dr. med. *Jan Posmykiewicz.*

Drukarnia Wzorowa — Warszawa, ul. Długa 20, tel. 11-16-60.

BALSAM TRIKOLAN-AGE
i BALSAM TRIKOLAN
C. PHITINO

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju

w cierpieniach dróg oddechowych.

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń PP. Lekarzy, podkreślających dodatnie działanie tych środków,

co jest najlepszem świadectwem ich wartości leczniczej.



Użycie: 3 do 6 razy dziennie po łyżce deserowej, dzieciom stosunkowo mniej.

Dla PP. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.

Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc i t. p.

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

ADOLF GĄSECKI i S-wie

W WARSZAWIE

DAWNIEJSZA NAZWA „BALSAM THIOCOLAN" NA ZASADZIE POZWOL. MIN. O. SP. ZOSTAŁA ZMIENIONA NA „BALSAM TRIKOLAN"

Skład środka nie uległ najmniejszej zmianie.